

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930 — N° 58

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS FIBREUSES

ET DES TUMEURS MÉLANIQUES
DE LA RÉGION PLANTAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 20 décembre 1929

PAR

Marius-Marc d'ANELLA

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à MARSEILLE (Bouches-du-Rhône), le 24 mai 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur	<i>Président.</i>
		ROCHER, professeur	<i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930 — N° 58

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS FIBREUSES

ET DES TUMEURS MÉLANIQUES

DE LA RÉGION PLANTAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 20 décembre 1929

PAR

Marius-Marc d'ANELLA

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à MARSEILLE (Bouches-du-Rhône), le 24 mai 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur ...	<i>Président.</i>
		ROCHER, professeur	<i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	VERGER.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	MAURIAC.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.	BÉGOVIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Physiologie	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Potanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie), MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	PAPIN.
Histologie	LACOSTE.	id.	JEANNENEY.
Anatomie pathologique	MURATET.	id.	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.	id.	LOUBAT.
Médecine générale	GREYX.	Obstétrique	PERY.
id.	N.	id.	N.
id.	AUBERTIN.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	PIÉCHAUD.	Pharmacie	GOLSE.
Maladies mentales	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	N.
Médecine opératoire	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.	N.
Accouchements	PERY.	Pharmacie chimique	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Vous m'écontez, Père, pour que tout bas je vous dise : Merci. Acceptez l'humble hommage de votre fils; par vos sacrifices et votre amour paternel profond, vous m'avez élevé dans cette carrière, au rang de ceux pour qui la vie vaut la peine d'être vécue. Je serai digne de vous.

A MA MÈRE

Les mêmes sentiments m'animent. Je ne puis que les répéter. Vous avez aussi toute ma reconnaissance.

A MES SOEURS

A MES FRÈRES

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGÈRE

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier d'Académie.*

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

*Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine et de la Société
de Chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Médaille interalliée et de la Médaille de la Victoire,
Officier de l'Instruction publique.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS FIBREUSES
ET DES TUMEURS MÉLANIQUES
DE LA RÉGION PLANTAIRE

INTRODUCTION

En parcourant les services de chirurgie, il est à noter que, rarement, les extrémités, mains ou pieds, sont le siège de tumeurs fibreuses ou mélaniques. Cependant, celles-ci, malgré leur peu de fréquence, n'en existent pas moins, et, en dehors des lésions inflammatoires ou chroniques connues et bien étudiées, la face plantaire, en particulier, peut présenter des tumeurs d'une structure beaucoup plus compliquée et dont la marche n'est pas toujours rassurante.

Sur cette face plantaire peuvent se développer non seulement des tumeurs bénignes ne gênant que par leur volume ou leur situation, mais aussi les tumeurs malignes, celles qui ne pardonnent pas : je veux dire les mélanomes.

De ces tumeurs plantaires, il nous a été permis d'en observer 2 cas dans le cours de l'année passée dans le service de notre Maître, le Professeur Chavannaz, dont les examens histologiques, pratiqués l'un par le Professeur Sabrazès,

l'autre par le Docteur Nadal, ont confirmé le diagnostic clinique porté de : mélanome pour le premier, et de fibrome pour le second.

De par le siège qu'occupaient ces deux tumeurs, nous nous trouvions en présence d'affections relativement rares.

M. le Professeur Chavannaz nous a conduit à penser qu'il serait intéressant de rapporter ces deux observations; et, sur ses conseils, nous nous sommes décidé à en faire le fond de notre thèse inaugurale.

Nous allons, dans le cours de ce modeste travail, faire une étude détaillée des tumeurs plantaires se rapportant à nos 2 cas, et, aidé des observations recueillies par d'autres auteurs, nous contribuerons, nous l'espérons, dans la mesure de nos moyens, à enrichir ce chapitre encore peu connu des tumeurs plantaires.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, un devoir s'impose à nous, que nous sommes heureux de remplir : celui de dire à tous nos Maîtres dans les hôpitaux et à la Faculté nos remerciements et notre reconnaissance.

A M. le Professeur Sabrazès toute notre gratitude : avec son amabilité habituelle, il a bien voulu mettre à notre disposition ses connaissances approfondies de l'anatomie pathologique.

Que M. le Docteur Nadal reçoive tous nos remerciements pour les services qu'il nous a rendus.

C'est à M. le Professeur Chavannaz, dont nous avons été l'élève, que nous devons l'inspiration de notre thèse. Nous garderons un souvenir admiratif de son enseignement clinique. Qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

En parcourant la littérature médicale, on constate que peu d'auteurs se sont occupés de la question des tumeurs plantaires.

Cette remarque reçoit cependant son explication à cause des deux faits suivants :

1° C'est que les tumeurs qui nous intéressent sont relativement rares, et plus particulièrement les tumeurs fibreuses;

2° L'étude des mélanomes plantaires est rentrée dans le cadre plus vaste des tumeurs mélaniques en général, et ce sont ces travaux qui réunissent la plupart des observations relatives à cette partie de notre sujet.

Cependant, si ces travaux concernant la question des néoplasmes plantaires sont rares, il n'en existe pas moins quelques-uns.

Parlant des tumeurs plantaires en général, Gorju, dans sa thèse de Paris, 1863, s'est essayé à cette étude, mais il en trouve lui-même la réalisation impossible. Il aurait voulu faire une classification des maladies de la plante du pied en se basant : 1° sur l'examen anatomique; 2° sur l'étiologie. Mais le plan qu'il s'était tracé n'était pas réalisable parce que les observations qu'il possédait n'étaient ni suffisantes ni rigoureuses au point de vue des détails histologiques.

En 1896, Goli, dans une thèse analogue, reprend ce plan d'ensemble, faisant une énumération complète des tumeurs que l'on peut être amené à rencontrer dans la région plantaire avec observations à l'appui plus nombreuses et plus précises.

Cette étude un peu trop vaste se resserre avec Voirin, en

1904, avec sa thèse sur les « tumeurs fibreuses ». De son travail personnel et des communications faites par des prédécesseurs, tels que F. Francke, en 1893, sur des « tumeurs fibreuses d'origine infectieuse ».

Leederhose (*Arch. für Klin. Chir.*), en 1897, sur la pathologie des aponévroses du pied et de la main, Hoffa, en 1898, de Bois (*Union médicale du Nord-Est*, 1899), puis Béard (thèse de Paris, 1900), Aubray (*Gazette hebdomadaire*, 1901) qui s'occupèrent de la question, en fournissant des observations nouvelles. Il nous donne une classification de ces tumeurs au point de vue étiologique en : 1° tumeurs fibreuses d'origine traumatique; 2° tumeurs fibreuses d'origine infectieuse et diabétique; 3° tumeurs fibreuses spontanées.

Après lui, nous noterons un article de Max Thorek, en 1922, au sujet de la rareté des fibromes plantaires, et il attribuerait à leur formation une origine traumatique, une contusion en général.

Pour les tumeurs mélaniques, nous notons des observations isolées pour montrer le rôle important du facteur traumatisme dans cette région. Ce sont celles de :

Mermel, en 1893, au sujet d'une tumeur mélanique survenue sur un durillon que le malade coupait régulièrement.

De Jesset, en 1889; Poli, en 1896, et Caubet, en 1902. Toutes les trois consécutives à des blessures faites par un clou de soulier.

Bonnet, en 1910, parlant des mélanoses cutanées nous fait une étude clinique détaillée.

Hertzler et Gibson, en 1914, se basant sur 11 cas observés par eux de tumeurs du pied, dont 4 étaient plantaires, en étudient leur histogénèse, et ils les appellent des mélanoblastomes.

Puis Nadal, en 1924, s'intéresse de leurs traitements et des résultats éloignés obtenus, nous fournissant de nombreux exemples de tumeurs plantaires.

Enfin Imbert, en 1923, dans sa thèse de Bordeaux, étudie les diverses formes cytologiques des mélanomes, son observa-

tion personnelle étant une tumeur mélanique de la surface plantaire survenue après blessure de cette région.

Quoique peu fréquentes, les tumeurs plantaires n'en existent pas moins. Par leurs communications, les auteurs étrangers et français ont enrichi la pathologie de la région plantaire, et elles méritent que l'on s'y intéresse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les deux tumeurs dont nous nous occupons n'ont aucune analogie entre elles, il sera préférable de les étudier séparément.

I. — TUMEURS FIBREUSES.

Au point de vue anatomo-pathologique la tumeur fibreuse, que nous présentons, a, par certains côtés, des ressemblances avec les divers néoplasmes rapportés jusqu'alors.

Les quelques interventions sanglantes faites sur le pied par l'ablation de tumeurs de la région plantaire ont conduit à la conclusion suivante :

C'est que toujours l'aponévrose superficielle fait les frais de l'affection; et, dans la plupart des cas, la partie moyenne de cette aponévrose.

Cette localisation peut s'expliquer par l'étiologie de ces tumeurs, qui semble être le plus souvent d'origine traumatique.

Ces tumeurs fibreuses peuvent être uniques comme dans les cas qui nous occupent, constituant une vraie tumeur bien localisée ou se présenter comme de petits néoplasmes multiples noyés dans un tissu aponévrotique épaissi.

La peau demeure saine en tous les points de la plante du pied.

Dans quelques observations de tumeurs fibreuses on a constaté le fait qu'il y avait non seulement tumeur, mais rétraction plantaire plus ou moins accentuée. Cette classe de tumeur est en réalité un épiphénomène d'une affection de l'aponévrose.

En examinant la pièce de notre malade après l'avoir extirpée, on constate qu'elle est parfaitement unie, sans bosselures, bien encapsulée, et son pôle supérieur mène sur la gaine du fléchisseur propre du gros orteil. La consistance est celle de tout tissu fibreux, tissu compact blanc nacré, ferme et résistant.

Ces néoplasmes crient sous le scalpel, et, à l'examen de la surface de coupe, comme ils sont peu vasculaires, ils ne fournissent aucun suc par le raclage, et laissent voir tantôt une masse homogène, tantôt, s'ils sont anciens, des incrustations calcaires.

L'examen histologique permet de pénétrer plus avant l'étude de ces tumeurs.

Tout fibrome est constitué par des faisceaux de tissu conjonctif séparés par des cellules connectives aplaties, ramifiées et anastomosées les unes avec les autres. Si ce fibrome ne renferme aucun autre tissu, il est pur.

Les cas de fibrome plantaire pur sont rares. Cependant l'observation personnelle de Voirin, qui en a fait sa thèse, en est un exemple. En général les masses fibromateuses sont combinées à d'autres tissus, formant des fibro-myxomes, des fibromyomes, comme c'est exceptionnel au pied, ou des fibrochondromes, comme c'est le cas pour notre malade où venaient s'ajouter des éléments cartilagineux.

Voici le compte rendu de l'examen histologique pratiqué par M. le Docteur Nadal :

« La petite tumeur est essentiellement constituée par du tissu fibreux très dense, en territoires étendus alternant avec quelques travées adipeuses.

» Les cellules sont en trainées, irrégulièrement distribuées, entre lesquelles la substance collagène s'accumule. Cette substance est homogène, presque hyaline, sans fibrillation..

» Enfin en divers points sont inclus des lobules de cartilage hyalin presque typique aux cellules très bien encapsulées.

» Elle ne présente aucune malignité. »

II. — TUMEURS MALIGNES.

Ces tumeurs ont pour siège la peau. Elles prennent l'aspect de masses ulcérées, fongoides, ou de champignons bosselés, exubérants, pédicules ou sessiles.

La couleur est généralement violet foncé, noirâtre par places.

Ces néoformations donnent souvent des nodosités périphériques et produisent des métastases ganglionnaires d'abord, viscérales ensuite.

Au point de vue histologique, elles sont susceptibles d'appellations variées, telles que : *nævocarcinomes*, *mélanosarcomes*, *chromatophoromes*, etc. Tous ces termes faisant présager le polymorphisme de ces néoplasmes.

Deux de ces tumeurs sur deux sujets différents se montrent tellement dissemblables au point de vue cytologique qu'on a peine à leur donner la même étiquette.

Elles ne se ressemblent que sur un point : c'est la grande malignité habituelle qui en fait une affection redoutable.

Leurs pigmentations sont dans la plupart des cas leurs propriétés essentielles.

Ces tumeurs tirent leur origine de cellules pigmentaires situées dans l'épithélium et dans le derme moins souvent. Dans l'épithélium, ces cellules, qui renferment la mélanine, prennent naissance dans l'assise basilaire et dans les cellules rameuses ou cellules de Langerhans. Dans le derme, ces cellules pigmentaires d'origine mésenchymateuse se trouvent au niveau de la couche papillaire ou plus profondément.

Lorsque ces cellules dégénèrent, elles subissent la métaplasie naevique, mais ce stade naevus n'est pas indispensable pour aboutir au mélanome; un point quelconque cutané peut être à l'origine d'une pareille tumeur.

Ces tumeurs sont intermédiaires entre le carcinome et le sarcome, les cellules pigmentaires pouvant rester incluses dans l'épithélium, où elles ont pris naissance, ou prolifères, pénétrer dans le derme, où elles s'éloignent de la surface, acquérant des caractères conjonctifs par exemple. Rarement les

cellules pigmentaires du derme d'origine mésenchymateuse entreront en jeu.

De cette inclusion dans l'épithélium ou de cette transformation conjonctive viennent les dénominations de mélano-épithéliome, de mélanosarcome. Rarement l'on voit, naissant de la couche profonde du derme, des sarcomes mélaniques vrais.

L'examen histologique d'un ganglion inguinal du mélanome que présentait notre malade, examen fait par M. le Professeur Sabrazès, a donné les résultats suivants :

« Envahissement du ganglion par la tumeur d'une façon massive. Les cellules mélaniques, assez volumineuses, oblongues, polyédriques, tranchent sur le tissu ganglionnaire périphérique. »

ETIOLOGIE

Les tumeurs plantaires sont des affections relativement rares.

Elles se rencontrent chez l'homme; cependant le sexe ne paraît pas présenter d'importance. Les tumeurs fibreuses se trouvent chez l'adulte, les néoplasmes malins, suivant la loi générale, atteignent l'âge avancé.

En analysant les observations que nous avons pu recueillir, on peut attribuer la paternité de ces tumeurs au facteur traumatisme presque uniquement, bien qu'il demeure entendu que le principe même, l'agent formateur de ces tumeurs, demeure encore pour nous un problème dont l'inconnu est à déterminer. Seule la cause favorisante peut nous retenir.

Le facteur traumatisme, qui contribue, comme il a été dit, pour la plus grande part à leur formation, est le plus habituellement dans le cas des tumeurs à type mélanique, une blessure par piqûre faite par un clou ou tout autre objet pointu, par exemple : clou de chaussure irritant constamment la même surface de peau ou le cas de cet homme qui, se coupant un durillon avec un couteau, se blessait régulièrement au niveau de ce durillon. Dans les tumeurs fibreuses le traumatisme est plus fréquemment une contusion, par exemple : chute sur le pied ou traumatisme à distance ayant entraîné une immobilité absolue et prolongée.

D'autres causes ont été invoquées pour les tumeurs fibreuses : des troubles trophiques, des diathèses (arthritiques surtout); celles-ci à l'appui de cas observés chez des individus atteints de rhumatisme chronique, mais il est à remarquer, en passant, que ces tumeurs fibreuses d'origine arthritique sont concomitantes à une rétraction de l'aponévrose plantaire.

Les infections et la grippe en particulier peuvent déterminer l'apparition de tumeurs plantaires. F. Franché publie des observations convaincantes à l'appui de cette origine; soit en pleine attaque de grippe, soit dans la période de convalescence, on constatait chez certains sujets des nodules fibreux intra-aponévrotiques dont l'apparition avait été précédée de douleurs plantaires persistantes.

Si nous laissons de côté ces tumeurs d'origine infectieuse ou diathésique, qui ne sont que passagères en général et qui, par ce fait, ne méritent pas le nom de tumeurs, « ces tumeurs étant de par leur définition des néoplasmes ayant de la tendance à persister ou à s'accroître », nous en arrivons dans la plupart des cas à écrire :

Etiologie des tumeurs plantaires :

souvent = traumatismes.

L'hérédité semble ne jouer aucun rôle dans l'étiologie des tumeurs plantaires. Mais si nous pouvons établir la cause originelle de certaines d'entre elles, il n'en est pas de même pour toutes.

En effet, l'étiologie de notre fibrome est absolument obscure. Il s'agit d'un homme jeune et bien constitué n'ayant jamais subi de traumatisme, pas de maladies infectieuses, et rien ne peut faire diagnostiquer chez lui un tempérament arthritique.

Hertzler et Gibson, dans leurs chapitres sur les mélanoblastomes du pied, citent trois cas de tumeurs mélaniques de la région plantaire, survenues spontanément, soit sur des nævi, soit sur de simples érosions, sans que l'on sache la cause qui ait donné naissance à ces tumeurs.

Nous ne pouvons donc que constater ce fait, qu'il existe des tumeurs plantaires en dehors de toute étiologie connue.

PATHOGENIE

I. — TUMEURS FIBREUSES.

Les tumeurs fibreuses apparaissent à la suite de causes locales, traumatismes directs, chute sur les pieds, et sont faciles à expliquer.

Le fait initial paraît être une solution de continuité se produisant dans le tissu aponévrotique.

Un processus inflammatoire se produit et aboutit à la formation d'une cicatrice. Cette cicatrice peut être le nodule fibreux lui-même, ou bien elle est le point de départ d'une prolifération qui aboutit à une hypertrophie fibreuse analogue aux chéloïdes de la peau.

L'examen histologique nous a rendu compte de la chose, car il permet de voir : 1° un défaut d'orientation des cellules et des faisceaux; 2° l'existence d'une pigmentation de la tumeur.

Ces deux signes : défaut d'orientation des cellules et des fibres joint au pigment, sont pathognomoniques des tissus de cicatrice.

Ceci nous montre en effet qu'il y a eu comme lésion initiale une rupture fibrillaire, et le pigment provient d'une hémorragie interstitielle consécutive à la rupture.

De même, les tumeurs fibreuses qui succèdent à des fractures de jambe, à des plaies ou à des lésions ostéomyélitiques, ne sont aussi que des cicatrisations.

Nous citerons à l'appui de cette théorie l'article de Mauclore dans le *Traité de chirurgie* :

« Avec de Bovis, nous pensons qu'il s'agit de simples rup-

tures d'aponévroses dystrophées par l'inactivité et venant à se produire au moment où le malade se met à marcher. »

Quant aux nodules fibreux d'origine infectieuse et diathésique, ils font partie du cadre de la médecine pure, nous ne nous en occuperons pas.

Mais à côté de ces tumeurs fibreuses symptomatiques, nous avons celles, et pour exemple nous citerons notre observation, que l'on ne peut rattacher à aucune cause connue; nous en avons déjà parlé dans le précédent chapitre. De ceci, nous ne pouvons rien conclure au point de vue pathologique, si ce n'est qu'il s'agit d'une hypertrophie conjonctive réelle, qui s'est effectuée aux dépens de l'aponévrose.

II. — TUMEURS MÉLANIQUES.

Les irritations chroniques jouent un rôle capital dans la pathogénie des tumeurs mélaniques comme dans celle de tous les cancers épithéliaux. Elles ne paraissent prendre naissance qu'en des points de la région plantaire qui ont subi une irritation chronique prolongée.

Tous ces processus ulcéreux de longue durée peuvent donner des cicatrices cancérisables; la malpropreté combinée à une autre cause irritative peut être à l'origine de tumeurs malignes; la simple malpropreté même, amenant le développement de plaques séborrhéiques, peut aboutir à des néoformations épithéliomateuses.

Cependant, il existe des conditions pour lesquelles un néoplasme surviendra sur certaines lésions, et en particulier un mélanome sur un point de la surface plantaire traumatisée. En général, la plaie a mis un temps très long à se réparer, par suite de sa suppuration prolongée ou pour toute autre raison. La dégénérescence ne se produit jamais aussitôt après la fermeture de la plaie. « L'âge de la cicatrice importe », a dit Lumière dans son ouvrage (sur les cancers; maladie des cicatrices).

Pour déclencher la prolifération, il faut que la cicatrice, au

bout d'un temps assez long, soit soumise à un traumatisme secondaire. Et, en ce qui nous concerne, l'orientation vers la nature mélanique prendra son origine dans l'existence sur de nombreux cas de petites taches noires, pigmentées, se greffant sur la plaie guérie.

Notre second malade, ayant sa première lésion guérie depuis un an, n'a vu l'apparition de son néoplasme qu'à la suite d'une seconde plaie, faite au niveau de la première.

Mais à l'égal de certaines tumeurs fibreuses, des néoplasmes plantaires ont apparu sans cause comme en des points où existaient des naevi, des petites taches pigmentaires. Brusquement, un jour, ils ont augmenté et sont devenus des tumeurs mélaniques. Ces cas sont à retenir.

Par suite de l'irritation chronique, la prolifération se crée, réparant les cellules constamment détruites, et cette nouvelle fonction de reproduction donne aux cellules naissantes un caractère de cellules embryonnaires. Telle est l'explication fournie par Lumière. Les mélanocytes de l'épiderme ou cellules à pigment seraient ces jeunes éléments cytologiques dans la production des tumeurs qui nous intéressent.

Mais il existe des tumeurs plantaires dont nous ne savons pas déterminer la lente évolution, que l'on voit naître, augmenter de volume ou demeurer dans une forme fixe sans que l'on puisse y attacher une cause favorisante connue.

SYMPTOMATOLOGIE

I. — TUMEURS FIBREUSES.

Les fibromes spontanés de l'aponévrose plantaire, — comme l'est celui de notre première observation, — sont des tumeurs bien circonscrites n'ayant aucune action néfaste sur la santé générale et qui ne sont découvertes que par hasard ou par la gêne qu'elles finissent par occasionner pendant la marche lorsqu'elles ont atteint un certain volume.

Elles sont en cela identiques aux fibromes développés dans l'aponévrose fémorale ou à ceux que l'on rencontre dans la région cervico-dorsale, et qui ont été bien étudiés par M. le Professeur Guyon.

Ces néoplasmes, à l'encontre de ceux de cause traumatique ou autres qu'on rencontre également dans l'aponévrose plantaire, constituent toute l'affection.

En dehors de leur volume, rien ne pourrait faire prévoir leur existence. Ils ont leur siège dans l'aponévrose superficielle, dans laquelle ils sont pour ainsi dire enchâssés.

Leurs limites sont assez difficiles à préciser, leurs extrémités se perdant dans l'aponévrose environnante.

Ces fibromes sont tolérés longtemps sans entraîner aucune conséquence fâcheuse. Il semble que, comme pour toutes les tumeurs de ce genre, ils puissent acquérir progressivement un grand volume, la résistance que leur opposent les tissus ambiants pouvant seule arrêter leur évolution.

En résumé, comme pour la symptomatologie de notre observation, nous pouvons dire que ces tumeurs peuvent persister fort longtemps sans déterminer de troubles appréciables.

Quant aux fibromes d'origine traumatique, étant d'un volume fort restreint, ils ne sont découverts qu'à l'occasion de douleurs plantaires ou de rétractions de l'aponévrose. Ces tumeurs présentent le caractère particulier de rester stationnaires. Du jour où l'on a remarqué leur présence, elles semblent avoir acquis tout leur développement.

Les téguments restent, en général, faciles à déplacer, indépendants de la tumeur. Il est, en effet, exceptionnel de voir la peau s'enflammer et contracter des adhérences profondes.

Nous ne parlerons pas des tumeurs fibreuses d'origine infectieuse; elles sont médicales de par leur source.

II. — TUMEURS MÉLANIQUES.

Par leur grande malignité, les tumeurs mélaniques ont une symptomatologie bien différente et importante à connaître. Ce sont des tumeurs qui s'accroissent constamment, exercent leur action néfaste à distance, altèrent la santé générale et sont difficiles à connaître dans leur début.

Ces néoplasmes, qui ne siègent que rarement sur la face dorsale du pied, tendent à récidiver s'ils sont excisés et font des métastases par les rameaux lymphatiques, formant secondairement des tumeurs le long de ces vaisseaux aussi bien que dans leurs ganglions. Plus tard, ils peuvent être disséminés par la voie sanguine dans les poumons, le foie, la peau ou d'autres organes.

Ces mélanomes débutent, en général, au niveau de la surface plantaire, d'une manière comparable à la tumeur de notre second malade; après une plaie faite par un clou ou un autre objet pointu, la cicatrisation s'étant produite, il y a persistance à son niveau d'une petite tache noire, non saillante, non douloureuse, un peu prurigineuse. Cette tache, au bout d'un certain temps, s'ulcère à nouveau, et dès lors aucun traitement antiseptique n'agira plus : elle évoluera, s'étendra, prendra un aspect rougeâtre, pigmenté ou non, saignant facilement.

Ces tumeurs peuvent débiter, cependant, au niveau d'un nævus pigmentaire de la plante, qui s'accroît rapidement sans plaie ni ulcération, prenant un aspect bosselé, la peau fine recouvrant la masse étant très pigmentée, ayant l'apparence d'une grappe de raisins noirs. Nous pouvons citer deux exemples pris dans les observations de Marchand (*Muench. Med. Woch*, 1907) et de Gaucher et Abrami (*Bulletin Soc. franç. dermat. et syphiligr. de Paris*, 1908).

Souvent, à l'examen, chez ces malades, on note des taches pigmentaires assez nombreuses sur la face et le cou, en particulier.

Les ganglions inguinaux sont rapidement atteints, présentant une dureté ligueuse, fixés aux plans profonds; ce n'est que tardivement que les organes peuvent présenter des noyaux métastatiques.

La santé générale s'altère, avec amaigrissement, inappétence, perte des forces.

D'où, pour conclure : A chacune de ces deux tumeurs des symptômes bien différents, entraînant, comme nous le verrons par la suite, un pronostic et un traitement bien opposés.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic entre les fibromes et les tumeurs mélaniques n'est pas à faire. Les symptômes qui les caractérisent sont tellement opposés qu'on ne peut les confondre.

Les premiers sont d'origine aponévrotique, à limites précises, encapsulés, sans retentissement à distance. Les seconds naissent de la peau, derme ou épiderme, le plus souvent, sont sans limites : de forme ulcéreuse ou de masse lobulée, à retentissement par ailleurs rapide.

Nous nous occuperons donc séparément de ces deux affections.

I. — TUMEURS FIBREUSES.

Ce sont toujours les affections les plus communes qui se présentent à l'esprit. Quand on examine une région malade, on devra les éliminer tout d'abord, pour songer ensuite au diagnostic de tumeurs fibreuses.

Il sera facile au premier abord d'éliminer le durillon et le tophus goutteux. Ce sont, en effet, des lésions cutanées, et non sous-cutanées. En pinçant la peau entre le pouce et l'index, on se rendra compte que ce genre de tumeurs fait partie intégrante des téguments.

Ceci dit, en présence de néoplasmes sous-cutanés, on devra passer en revue les différentes lésions qu'on peut y rencontrer.

On devra penser, tout d'abord, à une gomme d'origine spécifique. Dans ce cas, par les antécédents du malade, et surtout par un traitement d'épreuve, Sirop de Gibert par exemple, on pourra à coup sûr admettre ou rejeter ce diagnostic.

Nous ne parlerons pas des kystes dermoïdes et sébacés, qu'on ne rencontre pas à la région plantaire. Il ne nous restera qu'à admettre qu'il s'agit, soit d'un lipome, soit d'une tumeur développée aux dépens des os ou des cartilages, ou bien d'un néoplasme de l'aponévrose.

Le lipome donne à la palpation une sensation de mollesse qui est propre et présente, dans la plupart des cas, une lobulation manifeste.

On écartera facilement aussi la tumeur osseuse, qui contracte des adhérences avec les os ou les cartilages.

Donc il nous reste les tumeurs de l'aponévrose. Est-ce un fibrome ou bien une hypertrophie fibreuse dont l'étiologie nous est connue? Il y aura indolence dans le premier; douleur dans le second, avec une cause capable de produire dans l'aponévrose du tissu cicatriciel, inflammatoire.

Pour se décider, enfin, on éliminera le sarcome, sa consistance, au mode d'évolution et à la façon dont il se comportera vis-à-vis des organes voisins. Le sarcome est diffus, envahit les tissus, en particulier le tissu musculaire; il est douloureux, atteint l'économie tout entière. Il a une marche rapide.

II. — TUMEURS MÉLANIQUES.

Le passage entre le stade de simple ulcération ou de nævus et celui où commence à se former une tumeur maligne est souvent difficile à saisir. Pourtant le diagnostic est utile à ce moment-là, et de sa connaissance rapide dépend le pronostic et le traitement.

Si la petite tache nævique ne s'accroît pas, demeure stationnaire dans sa forme et ne présente aucun autre changement local, on peut, avec une certaine réserve, la regarder comme bénigne. Toutefois on n'est jamais trop prudent, et, dans un papillome du cuir chevelu (cas cité par Lea et Febiger, in *Treatise on Tumors*), où il n'y avait aucune apparence d'irritation ni aucune réaction qui aurait pu faire penser à une transformation maligne, les ganglions de la tempe et du cou étaient déjà pris.

Les formes physiques variées de ces tumeurs sont en contraste frappant avec leur analogie clinique. Elles vont depuis le petit ulcère excorié, analogue à n'importe quel ulcère indolent, aux masses pigmentées, fongueuses et de mauvaise apparence. Cette variété d'aspect, cependant, n'est pas essentielle; elle tire son origine de ce que ces tumeurs peuvent détruire l'épiderme qui les recouvre ou seulement le refouler au-devant d'elle. La partie caractéristique est sous l'épiderme, et non au-devant de lui.

Le diagnostic est certain, si, la tumeur augmentant de volume, devient fongueuse et pigmentée, que les ganglions de l'aîne soient pris; les granulations, apparaissant à travers un orifice déchiqueté, sont caractéristiques. La peau qui est autour de la tumeur est quelquefois irrégulière par les granulations qui font saillie sous le tégument. Si ces saillies se trouvent au delà de la périphérie de la peau déjà atteinte par le néoplasme, elles confirment une fois de plus le diagnostic. Les ganglions poplités échappent au début aux métastases, pour la raison qu'ils drainent les lymphatiques profonds et que c'est aux ganglions inguinaux qu'affèrent les lymphatiques superficiels, les premiers atteints, en règle générale.

Dans un cas cité par Hertzler et Gibson (*Annales of Surgery*, 1914), la tumeur avait débuté chez cet homme de 60 ans par un petit ulcère de 1 centimètre à la région plantaire. Il n'était pas douloureux au toucher, un peu seulement à l'occasion de la marche. Le premier diagnostic fut celui de mal perforant plantaire. L'anesthésie du pied et des conditions névropathiques avaient été cause de l'erreur.

Un mal perforant, quand il est profond, ayant déjà atteint les tendons et les os, est reconnaissable d'un coup d'œil. Mais quand il est en voie de cicatrisation, le fond peut être recouvert de petites granulations qui se continuent avec l'épiderme environnant; la différence d'avec les mélanomes est que ces granulations ne repoussent pas l'épiderme comme dans ces derniers.

Le papillome ulcéré du pied, ou verrue plantaire ulcérée,

peut être cause d'erreur. Cependant, il prend un aspect moins fongueux, saigne plus difficilement que la tumeur maligne et le jeune âge, en outre, paraît prédisposer à sa production.

Malgré quelques rares cas d'anévrismes survenus à la face plantaire à la suite de blessures faites dans cette région (thèse de Polli, Montpellier, 1896), on ne pourra se tromper. Ce sont des tumeurs rondes présentant des battements isochromes au pouls, cessant par la compression de la tibiale derrière la malléole.

Donc, en présence d'une affection cutanée plantaire d'allure suspecte, et se basant sur ces diverses données, il est nécessaire de penser toujours à la possibilité de tumeurs malignes et de n'écarter ce diagnostic qu'après un examen attentif, tout en conservant la possibilité de suivre son malade.

PRONOSTIC

Quelle que soit leur origine, les tumeurs fibreuses de l'aponévrose plantaire, étant données leur lente évolution et le peu de tendance qu'elles ont à envahir les tissus que les environnent, doivent être regardées comme des néoplasmes bénins.

Les quelques examens microscopiques qui ont été faits ont démontré qu'il n'y avait pas lieu de craindre une dégénérescence sarcomateuse.

En dehors des douleurs plus ou moins vives que certaines ont pu provoquer, nous n'avons rien à signaler qui puisse nous faire assombrir le pronostic.

On aurait, peut-être, à craindre pour toutes les tumeurs superficielles qu'elles n'aboutissent à la suppuration ou que se produise l'ulcération de la peau sous-jacente par un phénomène de compression, et il se produirait alors une gangrène par ischémie.

Donc, tumeurs fibreuses, bon pronostic.

Les tumeurs mélaniques réservent malheureusement un autre sort à celui qui en est porteur. Leur gravité est connue : elles évoluent fatalement à la mort, mais cette évolution est essentiellement capricieuse, parfois d'une rapidité décevante, ailleurs d'une lenteur remarquable.

Lorsque le malade se présente au chirurgien, le pronostic est généralement sérieux; son mal souvent a déjà bien évolué. Ce n'est qu'après avoir essayé des traitements variés (antiseptiques et cautérisations divers) n'ayant donné aucun résultat, aggravant même la lésion en produisant un véritable coup de fouet, qu'il comprend la nécessité d'une intervention,

devenue malheureusement insuffisante pour éviter les récidi-
ves ou pour procurer même une longue survie.

Pour ces tumeurs et pour cette région, le diagnostic précoce
est de toute importance, le pronostic en dépend, et par con-
séquent la vie du malade.

TRAITEMENT

I. — TUMEURS FIBREUSES.

En présence d'une tumeur fibreuse de l'aponévrose plantaire, le traitement chirurgical s'impose : il consistera à en faire l'ablation.

Si l'aponévrose se trouvait farcie de masses fibromateuses, sa résection partielle ou totale sera tout indiquée. Cette opération pouvant être pratiquée, comme l'a publié M. Auvray (*Gazette hebdomadaire*, fév. 1901), sans qu'on ait à craindre aucune conséquence fâcheuse soit immédiate soit éloignée.

Vis-à-vis des néoplasmes fibreux d'origine infectieuse ou diathésique, il sera logique de tenter avant tout le traitement médical : iodure de potassium et massage de la région malade.

II. — TUMEURS MÉLANIQUES.

Mais par suite de la gravité exceptionnelle des tumeurs mélaniques quelle sera la conduite à tenir?

A la moindre modification clinique, à la suite d'une pigmentation plus marquée, d'une rougeur diffuse, avec prurit, on doit intervenir. Il faut toujours recourir au traitement complet et surtout éviter par une thérapeutique craintive, mal conduite, de donner un coup de fouet à ces lésions.

Pour ces tumeurs, le traitement chirurgical s'impose de même. A quelle opération le chirurgien doit-il s'arrêter?

a) L'extirpation simple, faite en peau saine, loin de la lésion, s'adresse en général à des cas où la tumeur est relativement près du début. La récurrence est fréquente et précoce,

elle se fait vers le sixième mois; elle est rarement locale, presque toujours elle a lieu sur les ganglions. Quelques survies éloignées ont été pourtant observées à la suite de cette opération, 2 p. 100 dans le cours de la dixième à la vingtième année par Boyer (Thèse de Lyon, 1910).

b) L'extirpation de la tumeur avec ablation des ganglions est plus rationnelle. Elle s'adresse à des cas peu avancés où l'examen systématique des ganglions régionaux fut fait. Les récidives précoces à la suite de cette opération sont plus rares que dans l'extirpation simple et le nombre des survies est beaucoup plus considérable.

c) L'amputation basse de jambe (opération économique) ou l'amputation de cuisse (opération à distance) avec exérèse ganglionnaire est l'intervention la plus indiquée comme donnant les plus longues survies et les meilleurs résultats.

d) L'électro-coagulation, encore à l'étude, très employée ces dernières années, produit une hémostase immédiate, avec des chances d'essaimage moindre des cellules cancéreuses et une stérilisation plus lointaine des tissus. Comme par le bistouri, le couteau diathermique fera une exérèse large de la tumeur ou une amputation suivie d'une exérèse ganglionnaire, mais ici, par suite de la présence des gros vaisseaux fémoraux, le bistouri pourrait à nouveau être utilisé.

Les contre-indications de l'action chirurgicale sont les cas où les ganglions à distance sont atteints, l'envahissement néoplasique ayant franchi les premiers relais, lorsque la généralisation viscérale est faite.

À côté de la chirurgie depuis quelques années, la radiothérapie pénétrante à doses élevées sur le territoire malade et les productions ganglionnaires avec la radiumthérapie ont pris place. Les résultats en sont aléatoires; à côté de quelques succès, de quelques améliorations, il y a eu des échecs complets. Des années sont encore nécessaires pour apprécier la valeur et les résultats éloignés de cette méthode.

Pour conclure, l'amputation et l'exérèse ganglionnaire demeurent pour les tumeurs malignes du pied l'intervention de choix.

OBSERVATIONS

Des tumeurs fibreuses.

OBSERVATION I.

(LEEDERHOSE.)

Chute sur la plante du pied. — Nodosité plantaire.

Chute sur la plante du pied droit. Examen six mois après. Pas de traces de fracture. Au niveau du premier métatarsien, nodule fibreux, douloureux, forçant le malade à marcher sur le bord externe du pied. Après la chute, aux premiers essais de marche après quelque temps de repos, il y avait eu des douleurs intenses. Extirpation de la nodosité. Suites opératoires et fonctionnelles bonnes.

OBSERVATION II.

(LEEDERHOSE.)

Contusion du pied. — Nodosité plantaire.

Contusion du pied par chute sur une pierre. Une fracture fut diagnostiquée au niveau du premier métatarsien « par le premier médecin venu ». Enveloppement du pied dans un appareil plâtré. Six semaines plus tard, après quelques jours de marche, le patient remarque juste derrière le gros orteil une grosseur comme la moitié d'un pois, qui fut enlevée plus tard. Il n'y avait pas trace de fracture.

OBSERVATION III.

(LEEDERHOSE.)

Coup de hache à la jambe. — Nodule plantaire.

D... (F.), 53 ans, vu trois mois après avoir reçu un coup de hache sur la jambe gauche. Au milieu de la plante du pied gauche, on constate un nodule fibreux de la grosseur d'un haricot.

Le malade est schlitteur : il se laissait glisser sur la plante du pied contre les chemins de bois qui menaient à la vallée. Un collègue des Vosges consulté pour savoir s'il avait remarqué ce fait chez les schlitteurs répondit par la négative.

OBSERVATION IV.

(DAVIES-COLLEY.)

Fracture de rotule. — Nodosité plantaire.

Treize mois auparavant, le malade en tombant eut une fracture de rotule. Depuis cette époque, la plante du pied était douloureuse et à ce niveau se formait une nodosité. Elle fut enlevée, et l'examen histologique indiqua une tumeur fibreuse, incluse dans l'aponévrose plantaire. Il n'y avait pas de capsule.

OBSERVATION V.

(ROUTIER.)

Chute sur le pied. — Fibrome de l'aponévrose plantaire.

Chute sur le pied gauche vingt ans auparavant. Ni fracture, ni entorse. Puis, petit à petit, parut sur la partie interne de la plante du pied une tuméfaction dure, ovoïde, qui rendait la marche douloureuse. Enlèvement de la tumeur avec résection d'un quart de l'aponévrose plantaire.

Examen de la pièce composée de larges bandes de tissu fibromateux et de tissu conjonctif scléreux enchevêtré.

OBSERVATION VI.

(DE BOOIS.)

Tumeur fibreuse par immobilisation.

R... (Laure), 21 ans, a été immobilisé à l'Hôtel-Dieu de Reims pour coxalgie droite du 1^{er} juin à la mi-septembre. Le 20 septembre, on l'autorise à marcher. Le troisième jour, elle éprouva un petit craquement à la plante du pied droit. Bientôt après, elle nous faisait constater une petite tumeur de la plante du pied droit, la peau, vaguement rougeâtre à son niveau, est légèrement adhérente. Elle est libre profondément et à ses limites elle se perd insensiblement dans l'aponévrose.

OBSERVATION VII.

(TH. DE BÉRARD.)

Fracture de jambe. — Tumeurs fibreuses et rétraction.

P... (H.), 38 ans, journalier. Le 14 janvier, étant ivre, chute du haut d'une batteuse (4 m. 30 environ) sur un banc de bois. Fracture de la jambe droite. Appareil consécutif.

Au bout de soixante-cinq jours, première tentative de marche, devient douloureuse au bout de quelques kilomètres.

A la plante du pied droit, on constate que la voûte plantaire est effacée dans sa position interne et moyenne et remplacée par deux petites tumeurs arrondies, séparées par un sillon. Elles sont dures, fibreuses, indolores et apparaissent des nodosités surajoutées, incluses dans une bride fibreuse. Le gros orteil étant en extension, la bride et les nodosités se tendent au maximum.

Traitement par massage et bains.

OBSERVATION VIII.

(TH. DE BOIRIN.)

Fibrome primitif.

X..., 39 ans, soigné pour un varicocèle, attire l'attention sur une tumeur qu'il présente à la plante du pied, à peine appréciable à la

vue, très nette à la palpation. De consistance dure-et élastique. Elle fait corps avec l'aponévrose plantaire, dont elle occupe la partie interne. Devient immobile lorsqu'on tend cette aponévrose.

La peau adhère à la surface de la tumeur.

La tumeur aurait été remarquée huit ans auparavant pour la première fois, elle fut prise pour un durillon.

Aucune douleur. Aucune gêne, même dans la marche.

Il n'a jamais subi aucun traumatisme.

Rien dans les antécédents.

Après anesthésie locale, excision de la tumeur, qui se trouvait être un fibrome.

OBSERVATION IX

LATRONCHE.

Tumeur fibreuse plantaire chez jeune fille de 14 ans.

Dans les antécédents, rien. Début, 8 mois auparavant, par une petite grosseur du volume d'un pois ayant subi un accroissement progressif.

Deux mois après le début, douleur à la marche, obligeant la malade à marcher sur le talon.

Actuellement, masse ovoïde de la grosseur d'une noix, de consistance ferme. Devenant immobile par l'extension des orteils, devient mobile par leur flexion.

Donc, tumeur fibreuse de l'aponévrose. Extirpation faite par M. Princeteau.

OBSERVATION X.

DURET.

Fibrome éléphantiasique diffus d'origine congénitale.

Elle occupe la plante et les bords du pied gauche. Dure, ligneuse et non douloureuse. Prédominance du tissu conjonctif dans la couche moyenne du derme, toute l'épaisseur de la tumeur paraissant être l'expansion de cette zone, l'épiderme ne prenant qu'une part accessoire. La tumeur fut enlevée en bloc; c'était un fibrome diffus.

OBSERVATION XI.

(THOREK.)

Fibrome de la région plantaire droite.

E... (B.), 36 ans, femme de ménage. Antécédents, rien. Il y a 3 ans, découvre une petite tumeur au niveau de la face plantaire du pied droit. C'était douloureux, elle fut enlevée chirurgicalement. Mais après l'opération, la douleur persistait. Six mois après cette première intervention, nouvelle tumeur augmentant progressivement.

A l'examen, pas de modification des téguments, large tumeur. Pas de ganglions.

Opération enlevant en bloc la tumeur.

Microscopiquement : cellules du tissu conjonctif et tissu fibreux. Pas de kariokinèse, pas d'éléments malins.

Au point de vue clinique, il y aurait eu des raisons de soupçonner la malignité de cette tumeur; histologiquement, ce n'est pas le cas.

OBSERVATION XII.

(L.-H. PETIT.)

Fibrome de la plante du pied

M... (M.), 62 ans, a constaté, il y a huit ans, l'apparition d'une petite tumeur sous la plante du pied droit. Malgré son accroissement progressif, il a toujours été très bon marcheur.

Depuis deux mois, le pied ne pose plus sur le sol que par son bord externe, la marche est presque impossible. M... décide de se faire opérer.

L'examen de la tumeur enlevée a permis de porter le diagnostic de fibro-chondrome.

OBSERVATION XIII.

(F. FRANKA.)

Nodule fibreux d'origine grippale.

En 1890, pour la première fois, je constatai cette affection chez une

d'Anella.

3*

femme, B..., qui avait eu une attaque de grippe quelques semaines auparavant.

Les douleurs, de sourdes, étaient devenues lancinantes et intolérables. Impossibilité de vaquer à ses occupations.

Peau normale. A la palpation, quelques nodosités douloureuses au niveau du bord interne de l'aponévrose épaissie.

OBSERVATION XIV.

(F. FRANKE.)

Nodule fibreux d'origine grippale.

X..., domestique, 21 ans, commença à souffrir de la plante du pied gauche. Peu de temps après je sentis un petit noyau au niveau du bord interne de l'aponévrose et à peu près à égale distance du talon et des articulations métatarso-phalangiennes.

Les choses restant stationnaires, j'extirpai la tumeur.

OBSERVATION XV.

(F. FRANKE.)

Tumeur fibreuse d'origine pneumo-coccique.

Mlle J.... (K.), 20 ans. Il y a 5 ans, douleurs lancinantes à la plante des pieds — et bilatérale —. Depuis un an, il est survenu un gonflement des régions douloureuses.

A l'examen, des deux côtés, tuméfaction siégeant sur le bord interne, s'étendant de la tubérosité du calcanéum à l'articulation de Lisfranc.

Le traitement médical n'ayant donné aucune amélioration, on a recours à l'intervention. Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION XVI.

(Service du Professeur CHAVANNAZ.)

Fibro-chondromé plantaire.

A..., (A), 23 ans. Le début remonte en 1925 par une induration qui a grossi progressivement et s'est constituée en tumeur telle qu'elle est actuellement.

Le malade entre à l'hôpital Saint-André, le 28 décembre 1928, pour se faire opérer dans le service du Professeur Chavannaz.

Dans ses antécédents, on ne signale rien. Jamais de maladies, ni d'accidents.

A l'examen, tumeur arrondie, dure, adhérente à la peau, indolente, non enflammée, située à la face plantaire du pied droit au niveau de la tête du premier métatarsien droit. Le volume de la tumeur est celui d'une demi-noix. Le nodule fibromateux s'immobilise avec la contraction de l'aponévrose plantaire.

Par ailleurs, rien à signaler.

Le diagnostic fut celui de fibrome de l'aponévrose plantaire.

Intervention le 3 janvier 1929, incision directe sur la tumeur. Découverte et clivage de celle-ci aux ciseaux courbes. Grosseur d'une petite noix environ. La tumeur paraît très bien encapsulée, dure, fibromateuse et son pôle supérieur même sur la gaine du fléchisseur propre du gros orteil. Extirpation complète de la tumeur nécessitant l'ouverture de la gaine. Capitonnage et drainage aux crins.

Le diagnostic postopératoire était celui de fibrome de la région plantaire externe, adhérent à la gaine du fléchisseur propre du gros orteil.

Des tumeurs mélaniques.

OBSERVATION XVII.

(MERMET.)

Tumeur mélanique plantaire survenue sur un durillon.

G... (Pierre), âgé de 52 ans, entre à l'hôpital pour tumeur du pied droit. Cinq ans auparavant, sans cause connue, apparut au niveau du bord externe du pied droit, du côté de la face plantaire, un durillon blanchâtre, indolore, qu'il prit, dès lors, l'habitude de couper et de racler de temps en temps.

Deux ans après ce début, apparition, au niveau du durillon,

d'un nodule noirâtre, qui se mit à saigner facilement, du volume d'un petit pois, indolore.

Six mois avant son entrée à l'hôpital, il prit des proportions considérables, une ulcération cutanée se produisit à sa surface.

Actuellement, volume d'un œuf de poule. A la périphérie se trouvent huit petits nodules.

Les ganglions inguinaux sont près. Les 2 testicules et un rein ont des métastases.

Intervention excisant la tumeur en peau saine, exérèse ganglionnaire.

OBSERVATION XVIII.

(POLI.)

Tumeur mélanique apparue sur une lésion au niveau de la région plantaire.

C... (Anne), âgée de 39 ans, entre à l'hôpital pour tumeur plantaire. Huit ans auparavant, remarqua une fissure dans le talon antéro-inférieur de son pied droit. Elle continua à marcher malgré quelques souffrances par intermittences.

Peu à peu, cette fissure s'élargit, ses bords devinrent indurés. Un médecin appelé un an après ce début fit des applications de fer rouge; la tumeur n'en continua pas moins à se développer.

Actuellement, elle a la forme d'un champignon du volume d'une demi-mandarine. Deux lentilles néoplasiques se trouvent à deux centimètres de la tumeur.

Enlèvement de la tumeur et du tissu sous-jacent jusqu'à l'aponévrose plantaire.

Six mois après, première récurrence, nouvelle ablation de la tumeur. Envahissement à nouveau par des productions néoplasiques, la face plantaire est couverte de nodosités atteignant la partie inférieure de la jambe.

Ganglions inguinaux volumineux, avec zone violacée.

La désarticulation de la hanche étant jugée insuffisante, on fait l'extirpation des ganglions et l'excision des nodosités.

Mort quelques mois après par progression du néoplasme.

OBSERVATION XIX.

(BIRKET.)

Tumeur mélanique de la plante.

Petit ulcère de la plante qui commença, il y a un an et demi, par une nodosité de consistance dure, située sous la peau. Six mois après, ganglions dans l'aîne envahis, la jambe devient œdémateuse. De nombreux nodules apparurent sur la surface du corps. Après la mort, les ganglions lombaires étaient pris, pas de métastase aux poumons et au foie.

OBSERVATION XX.

(MURRY.)

Tumeur mélanique de la plante.

La malade sentit une petite nodosité sous la peau du talon, il y a un an. Il apparut une ulcération qui grandit.

Elle fut enlevée par une incision elliptique, de nouveaux nodules apparurent après l'incision, ils furent enlevés à leur tour, mais d'autres succédèrent. Amputation du pied au-dessus de l'articulation quatre mois après.

Un an après cette intervention, des nodules apparaissent sur toute la surface du corps.

OBSERVATION XXI.

(YERSIN.)

Tumeur mélanique apparue sur une tache pigmentée.

Femme, 63 ans. Pendant 40 ans, une tache noire, située à la plante du pied gauche, était demeurée stationnaire. Un an avant l'opération, elle commença de grandir. A l'examen, cette tumeur a la forme d'une noix; elle est proéminente et entourée de

noyaux secondaires. Il y avait aussi deux nodules noirs sur le dos du pied.

L'épiderme recouvrant la tumeur était amincie, mais non ulcérée.

OBSERVATION XXII

(JESSET.)

Tumeur mélanique plantaire après blessure de la région.

Femme de 42 ans. Il y a deux ans, blessure du pied par un clou de la chaussure. Il demeura une petite fissure laissant écouler un liquide clair. Petit à petit, des granulations apparurent qui furent enlevées et cautérisées. Deux mois après la cicatrisation, il y eut de nouvelles granulations. Six mois après, apparition d'une masse fongoiide, qui fut de nouveau détruite.

Nouvelle tumeur quatre mois après. On fait une désarticulation de Chopart.

Pas de ganglions dans l'aîne et le creux poplité.

OBSERVATION XXIII.

(CAURET.)

Tumeur mélanique après blessure de la région plantaire.

Femme de 38 ans, marchande ambulante, se blesse la plante du pied par un clou de sa chaussure. La petite plaie s'infecta, s'agrandit et se transforma en ulcération saignante. Elle entre à l'hôpital, où l'on pense à un mal perforant plantaire, on l'excise largement.

Récidive six mois après, ulcération nouvelle au même point, sur laquelle se développent des végétations augmentant rapidement.

On pensa, à l'examen, à un papillome transformé en épithélioma.

Mais au niveau de l'arcade sourcilière gauche, une petite tache pigmentaire était apparue deux ans auparavant et augmentait actuellement de volume.

Excision de la tumeur en peau saine, enlèvement de l'aponévrose plantaire. Pansement à plat.

Deux mois après pas de récurrence. L'histologie confirma une tumeur mélanique cutanée.

OBSERVATION XXIV.

(Thèse d'Imbert.)

Tumeur mélanique de la plante après blessure de la région.

Femme de 61 ans, n'ayant jamais été malade, brune et abondamment, pourvue de nævi pigmentaires, se fait une piqûre du talon droit par une pointe de bottine. Depuis ce léger accident, qui remonte à 12 ans, apparut au niveau de la piqûre une tache lenticulaire noire, hérissée de papilles. Extension de cette plaque, qui s'ulcère. Sept mois après le début, apparition d'une adénopathie inguinale droite, puis nodules sous-cutanés noirs autour de l'ulcération un an après.

Depuis lors, apparition d'un semis de nodosités intradermiques ou sous-cutanés, multiples en des sièges variés. Accroissement considérable, adénopathie et œdème.

Altération de l'état général. Gros foie.

L'examen histologique a confirmé la nature mélanique de la tumeur.

OBSERVATION XXV.

(NADAL, Thèse de Paris.)

Tumeur mélanique plantaire après ulcération.

Femme, 57 ans. Après ulcération légère, accidentelle, apparaît, il y a vingt-quatre ans, une tumeur saillante du volume d'un haricot, siégeant sur la face plantaire externe, de couleur noir violacé, indolore. La tumeur grossit peu à peu.

Elle est mobile, se détache des plans profonds.

Il y a dix ans, modification subite par augmentation de la tumeur devenant grosse comme un œuf de pigeon, elle est douloureuse.

Opération, mais récurrence un mois après, assez étendue, infiltrée. Les ganglions inguinaux sont atteints.

On fait de l'électrolyse pendant trois mois, on note une diminution de volume, les ganglions ne sont pas modifiés.

OBSERVATION XXVI.

(MAZET.)

Tumeur mélanique plantaire après blessure.

C... (Antoine), 65 ans, cultivateur.

Début en mai 1906 par une excoriation du talon.

La tumeur fut excisée en 1906. En janvier 1909, récurrence à l'occasion d'une blessure par la chaussure. Adénite inguinale. Bon état général.

Octobre 1929 : ablation large de la tumeur en tissus sains.

OBSERVATION XXVII.

(GAYET.)

Tumeur mélanique plantaire après blessure.

F... (Clémentine), 45 ans.

Début en janvier 1909. Sur une piqûre du talon faite par un clou de sa chaussure, apparition d'une ulcération s'étendant et accompagnée de douleurs irradiées vers la cuisse.

En juin 1909, la tumeur a la forme d'un bourgeon taillé à pic, saignant facilement, entouré par une collerette de peau. Pas de ganglions inguinaux ni poplités.

Bon état général.

En juillet 1909, ablation simple de la tumeur.

OBSERVATION XXVIII.

(HERTZLER et GIBSON.)

Tumeur mélanique plantaire après blessure.

Homme, 52 ans. Il y a six ans, après une irritation due à un clou de sa chaussure, le malade nota une petite ulcération au niveau de la plante. Au moment de l'examen, cette ulcération a 4 centi-

mètre de diamètre et prend l'aspect d'une masse granuleuse, rouge, bien délimitée.

Deux mois après ce premier examen, les ganglions inguinaux commencent à grossir, formant déjà une masse s'étendant de l'aîne au promontoire du sacrum.

OBSERVATION XXIX.

(HERTZLER et GIBSON.)

Homme, 60 ans. Un an et demi auparavant, cet homme nota une petite ulcération au niveau de la région plantaire. Elle augmenta progressivement. A l'examen, tumeur s'étendant en peau saine et en profondeur. Il n'y avait pas d'envahissement ganglionnaire.

Excision large comprenant le tendon du court fléchisseur.

Pas de récurrence pendant un an et demi, puis la tumeur réapparut le long des lymphatiques et dans les ganglions inguinaux. Il n'y eut pas d'autre traitement tenté.

OBSERVATION XXX.

(JABOULAY.)

Tumeur mélanique plantaire.

B... (Antoine), 74 ans, cultivateur. Un nævus n'avait pas été observé, malgré un examen sérieux. Au mois de juillet 1910 on note une petite ulcération donnant par la suite une tumeur cratériforme, indolore, avec masse ganglionnaire volumineuse.

Opération faite en octobre 1910 par ablation de la tumeur et extirpation ganglionnaire.

Récurrence en janvier 1911; ne fut pas opérée.

En mars 1911, le malade ne présente pas encore de signes nets de généralisation.

OBSERVATION XXXI.

(PONCET.)

Tumeur mélanique plantaire.

G... (Mélanie), 71 ans, ménagère. Début en 1901 par des douleurs à la plante pendant la marche. Apparition d'une tache noire de la

largeur d'une pièce de cinq francs. Pendant deux ans la tumeur reste stationnaire. Depuis seize mois les douleurs deviennent plus vives, la tache noire se surélève.

En mars 1905, large ulcération à bords taillés à pic et surélevés. Le fond de l'ulcère est suintant. Les bords présentent des taches noirâtres. Tout autour de la tumeur il y a une zone d'inflammation semée de petits nodules noirs. OEdème du membre inférieur correspondant.

Le 1^{er} avril 1905, amputation de la jambe au lieu d'élection. Deux mois après, récidence dans le moignon.

OBSERVATION XXXII.

(MORESTEN.)

Tumeur mélanique plantaire.

Nègre, 48 ans, de la Martinique, cultivateur pour la canne à sucre, entre à l'hospice de Fort-de-France pour tumeur déjà fort étendue de la plante du pied gauche.

Depuis dix-huit ans, il portait sous la voûte plantaire une petite masse anormale, saillante et dure, que l'on peut se représenter comme étant une sorte de papillome.

Il n'en souffrait pas et marchait nu-pieds. Il y a un an, démangeaisons tenaces à ce niveau; la tumeur devient noir foncé, s'ulcère et se met à bourgeonner de proche en proche.

Nodule noir à son voisinage.

A l'aîne, nombreux ganglions envahis.

Bon état général.

Opération consistant en un évidement complet du triangle de lambeau externe.

Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION XXXIII.

(Service du Professeur CHAVANNAZ.)

Tumeur mélanique plantaire après blessure.

X..., âgé de 49 ans, envoyé par M. le Docteur Dubourg à l'hôpi-

pal Saint-André, dans le service du Professeur Chavannaz, le 2 mai 1929 pour tumeur plantaire.

Histoire. — Blessé le 27 avril 1927 par une pointe au niveau de la région du talon gauche au niveau de son bord externe. Il se produit des phénomènes inflammatoires au niveau de la plaie qui est traitée.

Au bout de quelques jours cette petite blessure est considérée comme guérie, et le malade reprend son travail avec persistance au niveau de la plaie d'un petit point noir.

Mais il cesse à nouveau son travail le 18 avril 1928 pour apparition d'une plaie au niveau de la zone traumatisée; on fait des pansements nombreux avec des antiseptiques variés. Pas de guérison.

On fait un traitement par les rayons ultra-violets sans résultats.

Examen. — Bon état général.

Localement, ulcération de la surface d'une pièce de cinq francs située au bord externe du pied gauche près du talon.

Les bords sont à pics, le fond est rougeâtre, saignant facilement. Base non indurée.

Au pourtour de la lésion ulcéreuse, existent trois points noirs de la dimension d'une lentille, l'un en avant et l'autre en arrière de la tumeur, l'autre situé sur la face dorsale du pied.

Il existe une adénopathie légère dans le pli de l'aîne gauche. On note des ganglions iliaques envahis.

La biopsie faite confirme le diagnostic de tumeur mélanique.

Une radiographie du pied étant pratiquée est négative.

Opération faite le 8 mai 1929 par le Professeur Chavannaz en deux temps. Le premier temps consistait en une exérèse ganglionnaire dans la région inguino-crurale gauche.

Présence de ganglions nettement mélaniques contre les vaisseaux cruraux. Gros ganglions mélaniques dans le triangle de Scarpa; on les enlève dans leur gangue en bloc aspect truffé.

En un deuxième temps : amputation basse de jambe avec grand lambeau postérieur.

Les ganglions enlevés ont le volume d'une noix, avec aspect truffé à la coupe.

Au pied : tumeur d'aspect blanchâtre avec petites tumeurs mélaniques développées sur le pourtour, dont une kystique.

Les suites opératoires ont été bonnes. A l'heure actuelle, le malade est chez lui, en bonne santé, ne présentant aucune récurrence. Cicatrice parfaite au niveau de l'aîne; il se sert d'un pilon pour marcher; ne paraît avoir aucune métastase.

CONCLUSIONS

I. — La région plantaire peut être le siège de tumeurs fibreuses développées dans son épaisseur, mais on les rencontre rarement.

Les observations sur les tumeurs mélaniques de cette région sont plus nombreuses, elles semblent trouver dans la peau de la surface plantaire comme dans la peau du pied en général un lieu de prédilection pour s'y développer.

II. — Parmi les tumeurs fibreuses, il y a des fibromes purs ou mixtes, mais en général ce sont des épaissements aponévrotiques dus à de simples hypertrophies ou consécutifs à une rupture aponévrotique ou bien occasionnés par une maladie infectieuse.

La structure des mélanomes est complexe et très variée. Elles n'ont de commun que leur pigmentation, qui cependant peut manquer, et aussi leur grande malignité.

III. — Quelques-unes de ces tumeurs, au point de vue étiologique, n'ont aucune cause connue. Cependant, le facteur traumatisme joue un grand rôle à la production des autres. Traumatisme indirect ou contusion, quand il existe pour les tumeurs fibreuses, traumatisme direct par blessure pouvant être suivie de la formation d'une tache pigmentée à ce niveau pour les tumeurs mélaniques.

IV. — Etant donnée la nature de ces tumeurs, les fibromes plantaires, tumeurs bénignes, évolueront lentement, ne produisant que de la gêne par leur volume; les mélanomes plan-

taires, tumeurs malignes, évolueront plus ou moins vite, s'entoureront de satellites, envahiront rapidement les relais ganglionnaires, atteindront l'état général et conduiront à la mort.

V. — Pour les tumeurs fibreuses, l'intervention chirurgicale s'impose, simple énucléation ou ablation de tout ou partie de l'aponévrose. Pour les tumeurs mélaniques, à la condition qu'elles ne présentent aucun signe de généralisation, soit électro-coagulation, soit intervention au bistouri avec amputation économique ou à distance, l'une ou l'autre paraît donner les mêmes résultats jusqu'à présent, suivie de l'exérèse ganglionnaire; ces deux procédés donneront les récidives les plus lointaines. Mais se souvenir toujours que plus le diagnostic sera précoce, meilleur en sera le résultat; il est de toute importance.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

Le Président,

C. SIGALAS.

G. CHAVANNAZ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 6 décembre 1929.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVRAY. — De la rétraction de l'aponévrose plantaire. *Gazette hebdomadaire*, 17 février 1901, p. 157.
- BÉARD. — De la rétraction de l'aponévrose plantaire. Thèse Paris, 1900, n° 417.
- BIRKETT. — Guy's Hospital Report. London, 1887, 3 s., III, 33.
- BONNET (Paul). — La mélanose et les tumeurs mélaniques. Thèse de Lyon, 1911.
- BONNET. — *Lyon médical*, 1911, CXVII, 366.
- BOVIS (DE). — Aponévrites plantaires. Union médicale du Nord-Est, 1899, p. 33.
- CAUBET. — *Bulletin et mémoire de la Société anatomique*, 1903, LXXVIII, 135-139.
- CORNIL et RANVIER. — *Traité d'histologie pathologique*, t. I.
- DAVIES-COLLEY. — Fibroma of Plantar fascia. *Trans. path. Soc. London*, 1893-1894, vol. XLV, p. 150.
- DUREL. — Fibrome de la plante du pied. *Association française de chirurgie*, 1896, vol. X, p. 838.
- DURET. — *Archives de physiologie*, 1873, IV, 319.
- FÉRÉ. — Note sur la rétraction de l'aponévrose plantaire. *Revue de chirurgie*, 1899, p. 272.
- FRANCK (F.). — Ueber die Erkrankung der knochen gelenche V. Boender bei der Influenza. *Arch. f. klin. chir.*, 1895, XLIX, Heft 3, p. 272.
- GAUCHER et ABRAMI. — *Bulletin Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, Paris, 1908, XIX, 188.
- GORJU. — Observation des maladies de la peau de la plante des pieds. Thèse Paris, 1865.

- GUYON. — *Tribune médicale*, Paris, 1877.
- HERTZLER et GIBSON. — Mélano-blastomas of the foot. *Annals of surgery Philadelphie*, 1914, vol. LX, p. 88.
- HOFFA. — Ein Beitrag zu den Erkrankungen der plantarfascie. *Centralbl. f. chir.*, 1898, n° 6, p. 166.
- HOUEL. — *Bulletin Société anatomique de Paris*, 1863, vol. XL, p. 304.
- IMBERT. — Sur quelques formes cytologiques des mélanomes. Thèse de Bordeaux, 1925.
- JESSETT. — *Illustrated medical news*, 1889, II, p. 101.
- LATRONCHE. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 904, vol. LXX, p. 509.
- LEEDERHOSE. — Zur Pathologie der aponevrose des Fusses und der Hand. *Archiv f. klein chir.*, LV, Heft 3, 1897.
- LUMIÈRE. — Cancer. Maladies des cicatrices.
- MARCHAND. — *Mnensch. Med. Woch.*, 1907, LIV, 1704.
- MAUCLAIRE. — *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1903.
- MAUCLAIRE. — Aponévrites plantaires. Rétraction primitive de l'aponevrose plantaire. *Traité de chirurgie* (Le Dentu et Delbet), t. X, 2^e partie, p. 1181.
- MAZET. — *Lyon médical*, 1910.
- MERMET. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1893, LXX, 509.
- MORESTIN. — *Bulletin et mémoire de la Société anatomique de Paris*, 1905-1906, LXXX, 520.
- MURRY. — *Edimburg medical Journal*, 1881-1882,, XXVII, 726.
- NADAL (René). — Le traité actuel des nævo-carcinomes. Thèse Paris, 1924.
- POLI. — Les tumeurs de la face plantaire du pied. Thèse Montpellier, 1896.
- POLAILLON. — *Union médicale*, Paris, 1880, 3 s., XXX, 583.
- RIBBERT. — Beitr. z. Path. Anat., 1897, XXI, 471; alto Geschwülstlehre, p. 253, Cohen-Bonn, 1904.
- ROUTIER. — *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1913, vol. XXXIX, p. 138.
- SOUZA-LEITE. — *Progrès médical*, 1886, p. 816.

- STEINER. — Verh. d. deutsch. Chir. long., 1901, XXX, I, 1859.
- STEVENSON. — Malignant melanomata on the Heel and Sole of the foot. *Ind. G. med. Research*, 1915-1916, vol. III, p. 166.
- THOREK (Max). — Fibrous tumors of the foot. *Annals of surgery*, Philadelphie, 1922, LXXVI, p. 101.
- WOLF. — Ueber trophische storungen bei primären gelenklenden. *Soc. de med. Bull.*, 28 février 1883; *In. dent. mediz. zeitung*, 1883, pl. 132.
- ZERSIN. — *Archives de physiologie normale et pathologique*, Paris, 1886, 3 s., VII, 421-425.

